

ISP – RESUMEN DE LAS EVALUACIONES PROFESIONALES

NOMBRE DEL INDIVIDUO (*Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

FECHA

Este formulario es un requisito para individuos quienes tienen 21 o más años de edad y/o viven en un entorno residencial con licencia. Si se necesita seguimiento, señale la(s) acción(es) y la(s) persona(s) responsable(s). Será la responsabilidad del proveedor residencial con la licencia seguir las recomendaciones y los acuerdos dentro de los marcos temporales especificados, salvo cuando se indique algo diferente.

Informes y fechas	Resultados y recomendaciones/Acuerdos
<p>Examen físico</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Historia de la familia</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>Si marcó algo de lo precedente, ¿el PCP ha referido al paciente a las evaluaciones apropiadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Examen pélvico</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Mamograma</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Examen testicular</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Examen de la próstata</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Examen audiológico</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Examen de la vista</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	
<p>Examen dental</p> <p>Evaluador _____</p> <p>Fecha _____</p>	

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, y incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato o obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act: ADA) de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TTD: 7-1-1.